

CONSEIL ET DÉPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH

CADRE STRATEGIQUE



Le présent travail a bénéficié du financement de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre de la mise en œuvre du projet de prévention et de soins du sida (IMPACT) par Family Health International (FHI) (Accord de coopération HRN-A-00-97-00017-00). Il n'exprime toutefois pas en tout point les opinions de l'USAID ni de FHI.

FHI met en œuvre le Projet IMPACT de l'USAID en partenariat avec l'Institute of Tropical Medicine Management Sciences for Health ♦ Population Services International ♦ Program for Appropriate Technology in Health ♦ et l'université de Caroline du Nord, antenne de Chapel Hill

© Juin 2001 (version française Mai 2002)
FAMILY HEALTH INTERNATIONAL
AIDS Institute
2101 Wilson Boulevard, Suite 700
Arlington, VA 22201 U.S.A.

CONSEIL ET DÉPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH

CADRE STRATEGIQUE

I.	INTRODUCTION	2
II.	DEMARCHES DE POINTE : CDV, ELEMENT CONSTITUANT DES PROGRAMMES INTEGRES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	2
III.	BUTS ET OBJECTIFS DE FHI	3
IV.	DEMARCHES TECHNIQUES ET PAR PROGRAMME	3
	Principes directeurs	
	Démarches de FHI	
	Les politiques	
	Promotion des services	
	Services du CDV	
	Recherche et évaluation	
V.	ACTIVITES TYPE	7
	Afrique de l'Ouest (Côte d'Ivoire, Cameroun, Togo, Burkina Faso)	
	Kenya	
	Zimbabwe	
	Rwanda	
VI.	RECHERCHE LIÉE AUX INTERVENTIONS	8
VII.	SUIVI ET EVALUATION	8
	Indicateurs fonctionnels : prestation de service/extrants de programme	
	Indicateurs d'efficacité : résultats à moyen terme de programme	
	Indicateurs d'efficacité : répercussions escomptées du programme (effets prévus)	
VIII.	LIENS ET PARTENARIATS	9
IX.	OUVRAGES RECOMMANDÉS	10
	ANNEXE 1	11
	Protocole de tests détection rapides parallèle et sériel anti-VIH	

I. INTRODUCTION

L'épidémie du VIH continue à se propager au taux alarmant de plus de 6 000 personnes par jour. Alors que l'épidémie s'étend rapidement dans certaines régions de l'Asie, de l'Amérique latine et des Caraïbes, sa charge est la plus lourde en Afrique subsaharienne. Dans certaines villes, la séroprévalence dépasse 30 % parmi les adultes sexuellement actifs et dans les grandes villes de l'Afrique subsaharienne, le sida constitue la première cause de mortalité. Plus de 90 % des 34 millions de personnes vivant avec le VIH/sida dans le monde vivent dans les pays aux ressources financières limitées d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et des Caraïbes. Néanmoins, malgré le nombre très élevé de personnes vivant déjà avec le VIH/sida, l'on estime que moins de 10 % de ces personnes sont conscientes de leur état sérologique, essentiellement en raison des insuffisances en matière de disponibilité, d'accès et de fréquentation des services du conseil et dépistage volontaire du VIH (CDV).

CDV constituent depuis longtemps un élément des efforts de soins et de prévention du VIH dans les pays développés, mais leur mise en œuvre dans les pays aux ressources financières limitées est très récente, même si elle est en expansion rapide. Face à la forte séroprévalence et à une prise de conscience de plus en plus poussée, de nombreux gouvernements considèrent CDV comme un volet majeur des programmes nationaux de prévention et de soin du VIH.

Malgré l'importance reconnue du CDV dans les programmes nationaux de lutte contre le sida, ce type de services est peu développé dans la plupart des pays aux ressources financières limitées. Lorsque ces services sont disponibles, ils sont mis en œuvre par des ONG et certains hôpitaux et cliniques publics et privés et tendent à être de qualité et de couverture limitées. Ces carences sont dues au manque de personnel qualifié, au manque de respect de la confidentialité, à la stigmatisation et à la discrimination, à l'ignorance des clients potentiels concernant l'existence et les avantages des services du CDV, et au manque de ressources financières pour couvrir les frais de fonctionnement de ces services (ex. : les coffrets de test de détection, le salaire du personnel, etc.). Le besoin de renforcement et d'expansion des services du CDV anti-VIH est très net. Le présent document décrit la stratégie de FHI et sa contribution aux efforts d'amélioration des services du CDV anti-VIH.

II. DEMARCHES DE POINTE : CDV, ELEMENT ESSENTIEL DE PROGRAMME DE LUTTE INTEGRÉE CONTRE LE VIH/SIDA

Plusieurs études d'observation ont, les premières, relevé la factibilité et l'efficacité du CDV anti-VIH. Par exemple, une étude menée en 1991 auprès de 149 couples séro-discordants (un membre est séropositif et l'autre séronégatif), à Kinshasa au Congo, a constaté au niveau de ces couples une augmentation sensible de l'utilisation du préservatif, passé de moins de 5 % à 70 % à la suite de l'intervention de CDV anti-VIH. [Kamenga et al., 1991]. Une autre étude menée sur l'incidence de CDV anti-VIH auprès d'un groupe de femmes au Rwanda a signalé une augmentation de l'utilisation des préservatifs, passant de 7 % à 16% pour les femmes séronégatives et à 35% pour les femmes séropositives à la suite de l'intervention du CDV. [Allen et al., 1992]. Enfin, une analyse des données relatives à 3 000 clients bénéficiant de services de CDV anti-VIH au centre d'information sur le sida en Ouganda (AIDS Information Center in Uganda) a révélé une réduction importante des comportements à risque élevé 3 à 6 mois après l'intervention [Campbell et al]. Les résultats des études d'observation ont été confirmés par une étude menée par FHI en collaboration avec l'ONUSIDA et l'OMS. Cette étude randomisée et contrôlée, multicentrique (Kenya, Tanzanie, Trinidad et Tobago) coordonnée par le centre des études de prévention sur le sida (Center for AIDS Prevention Studies) a révélé une réduction de 43 % la survenance de rapports sexuels non protégés parmi les bénéficiaires de CDV anti-VIH [The voluntary HIV-1 Counseling and Study Group : groupe d'étude pour le conseil et dépistage volontaire du VIH-1].

Outre les données comportementales, cette étude a également démontré que CDV anti-VIH est d'un très bon rapport coût-efficacité. Bien que légèrement moins rentable que les interventions de renforcement des services d'infections sexuellement transmissibles et que la fourniture universelle de névirapine aux femmes enceintes dans les milieux à forte prévalence, CDV anti-VIH équivaut à d'autres interventions et son rapport coût-efficacité peut être notablement amélioré par le ciblage.

Sur la base des données et des éléments probants disponibles, il y a à l'heure actuelle un consensus sur l'efficacité et la rentabilité des interventions du CDV anti-VIH pour la prévention et les soins du VIH. CDV anti-VIH est devenu un volet majeur de tout programme national intégré de lutte contre le sida ou est recommandé comme tel dans de nombreux pays. Les principaux rôles reconnus au CDV anti-VIH sont notamment:

- Permettre aux clients du CDV anti-VIH de faire face à leur situation et de prendre des décisions personnelles relatives au VIH/sida
- Aider les clients du CDV anti-VIH à adopter et à garder un comportement de prévention
- Servir de point d'accès pour d'autres services de prévention, de soins et de soutien pour le VIH
- Aider à combattre la stigmatisation et la discrimination dans la communauté

III. BUTS ET OBJECTIFS DE FHI

Le but de FHI en matière du CDV anti-VIH consiste à contribuer à la réduction de la transmission du VIH grâce au changement de comportement en particulier chez les populations les plus exposées à l'infection par VIH, et de contribuer à répondre aux besoins de soutien et de soins restés insatisfaits des personnes vivant avec le VIH/sida, de leurs familles et de leurs communautés. Les objectifs spécifiques de nos efforts pour CDV anti-VIH sont les suivants :

- 1) Améliorer la capacité locale à assurer CDV
- 2) Promouvoir la disponibilité et l'utilisation des services du CDV
- 3) Promouvoir une collaboration entre les services du CDV anti-VIH et d'autres services de soins et de soutien (soins pour le sida et séquence de soins offerts par les services)
- 4) Promouvoir des stratégies visant à réduire la stigmatisation et la discrimination

IV. DEMARCHES TECHNIQUES ET PAR PROGRAMME

Principes directeurs

CDV est une intervention complexe et délicate au plan culturel, nous en sommes conscients. C'est pourquoi FHI appuie la collaboration avec des partenaires locaux et les communautés y compris les PVVIH pour mettre au point des services du CDV adaptés au contexte culturel local sur la base d'une démarche axée sur le client.

Au-delà des séances d'orientation et de détection (si le client le souhaite), des prélèvements sanguins, CDV anti-VIH est un point d'accès important pour de nombreux autres services de soins et de soutien. Ainsi la promotion et l'élargissement des services du CDV anti-VIH doivent se faire en veillant particulièrement à ce que les besoins des utilisateurs de ces services soient satisfaits dans la mesure du possible. Par exemple, une promotion de masse du CDV anti-VIH non coordonnée avec le développement et/ou le renforcement

d'autres services de soins et de soutien et de réseaux d'aiguillage peut entraîner une faible qualité des services et ne pas satisfaire les besoins des PVVIH. Pour que CDV anti-VIH puisse pleinement jouer son rôle en matière de prévention et de soins du VIH/sida, il doit être de la meilleure qualité possible, disponible et facilement accessible à ceux qui en ont besoin. L'existence de systèmes de aiguillage efficaces entre CDV anti-VIH et d'autres services de soins et de soutien au sein de la communauté est essentielle à la satisfaction des besoins des séropositifs ou des personnes touchées par le VIH/sida.

L'assurance de la qualité tant de la détection que de l'orientation en VIH est essentielle à la réussite des services du CDV anti-VIH. FHI contribue à l'assurance de la qualité grâce à la mise en place de procédures de fonctionnement standard, à la formation, à la supervision et à l'appui au personnel, et grâce à l'instauration de systèmes de contrôle de qualité à la fois internes et externes.

Démarches de FHI

FHI adapte la conception et la mise en oeuvre des services du CDV anti-VIH à la situation épidémiologique, comportementale et économique particulières de chaque pays et de chaque structure afin d'optimiser le rapport coût-efficacité de ses services.

Nous prêtons également une attention particulière au choix de modèles de prestation de services du CDV anti-VIH de chaque pays et chaque structure. Les services du CDV anti-VIH indépendants ou intégrés présentent tous deux des avantages et des inconvénients. Le choix d'une démarche plutôt qu'une autre ou la combinaison de deux modèles doit être fait avec minutie en prenant en considération des facteurs tels que le choix des autorités locales, les populations cibles, le niveau de stigmatisation et de discrimination au sein de la communauté, les facilités de gestion et d'administration, le potentiel de collaboration, la demande existante et le potentiel d'utilisation de ces services, les questions de participation, la factibilité, la capacité de reproduction, etc. Indépendamment du modèle de prestation de services, tous les efforts doivent être déployés pour faire en sorte que l'orientation fournie soit de la meilleure qualité possible. Par exemple, même si, pour réduire la durée de l'orientation individuelle préalable et atténuer la charge des conseillers, l'on peut avoir recours à des sessions d'information préalables à la détection, en groupe dans certains centres du CDV recevant un grand nombre de clients, ces séances collectives ne peuvent en aucun cas être considérées comme pouvant substituer à l'orientation pré-détection.

Le choix du protocole de détection du VIH doit se faire en fonction de l'épidémiologie locale du VIH, des infrastructures de laboratoire locales, du volume de détection du VIH (notamment le nombre de personnes à tester par jour), de la capacité d'assurance qualité, des préférences des clients, de l'incidence du protocole choisi sur la prestation de services, et des répercussions à long terme du protocole choisi, en termes de coûts. Différents protocoles et stratégies peuvent être envisagés, mais le choix des stratégies de détection les plus appropriées aux pays incombe normalement aux structures étatiques (MS ou PNLS). FHI soutient les recommandations actuelles de l'Organisation Mondiale de la Santé en matière de stratégies de détection du VIH en fonction des objectifs de détection et de la séroprévalence de la population de référence. Les objectifs principaux de la détection du VIH relèvent soit de la sécurité des transfusions sanguines, soit de la surveillance, soit du diagnostic. L'encadré ci-dessous résume la stratégie recommandée aux fins de diagnostic et s'applique également au CDV anti-VIH.

Prévalence	Stratégie
Symptomatique > 30%	I
Symptomatique ≤ 30%	II
Asymptomatique > 10%	II
Asymptomatique ≤ 10%	III

Stratégie I

Tous les prélèvements sont testés à partir du test Elisa ou d'un test rapide. Les prélèvements sensibles au test sont considérés comme séropositifs et les prélèvements non sensibles sont considérés comme séronégatifs.

Stratégie II

Tous les prélèvements sont d'abord testés à partir du test Elisa ou d'un test rapide. Tous les échantillons sensibles au test sont soumis à un second test de principe antigénique différent. Les échantillons sensibles aux deux tests sont considérés comme séropositifs. Les échantillons non sensibles au premier test sont considérés comme séronégatifs et ceux qui sont sensibles au premier test mais non sensibles au second sont aussi considérés comme séronégatifs.

Stratégie III

Tous les échantillons sont d'abord testés à partir d'un seul test. Tout échantillon sensible est re-testé avec le second test. Les échantillons sensibles au second test sont soumis à un troisième test différent. Les échantillons sensibles aux trois tests sont considérés comme séropositifs et les échantillons non sensibles au premier test sont considérés comme séronégatifs de même que les sérums initialement sensibles mais non sensibles au second test. Les échantillons initialement sensibles au premier et au second test mais non sensibles au troisième sont considérés comme indéterminés.

Source: *WHO Weekly Epidemiological Record* # 12, mars 1997

Il est important de déployer des efforts particuliers pour mettre des services du CDV à la disposition des groupes spécifiques (jeunes, couples, couples avant mariage, autres groupes vulnérables et à haut risque) pour lesquels ces services peuvent être d'un grand profit. Les adolescents particulièrement sont d'un grand intérêt. Étant donné l'âge de plus en plus précoce des premières activités sexuelles, assurer des services du CDV amis des jeunes doit être considéré comme un investissement fondamental pour l'avenir de nombreuses nations, en particulier en Afrique subsaharienne. La démarche par programme de FHI pour la mise en oeuvre des services du CDV anti-VIH se présente comme suit : 1) appuyer la conduite d'une test de détection de base

comprenant l'identification et la rencontre des différents acteurs, la collecte des informations sur l'histoire des services du CDV existants, l'inventaire des services de soins et de soutien, et l'exploration des besoins et des attentes des clients potentiels du CDV ; 2) soutenir la conception de projets sur la base des informations précédemment collectées (point 1) ; 3) soutenir la mise en place de services du CDV anti-VIH ; et 4) fournir une assistance appropriée en matière d'assurance qualité et de suivi et d'évaluation.

FHI soutient les pays dans les domaines spécifiques suivants :

Les politiques

- Plaidoyer pour des services du CDV anti-VIH auprès des décideurs et des leaders à différents niveaux
- Mise en place de directives nationales sur l'orientation et la détection du VIH
- Elaboration de programmes normalisés de formation en conseil et dépistage volontaire du VIH
- Conception de matériels appropriés pour la formation du CDV anti-VIH
- Implication de la communauté dans la promotion de l'acceptabilité des services du CDV anti-VIH, acceptation des personnes vivant avec le VIH/sida, et réduction de la stigmatisation et de la discrimination.

Promotion des services

- Recours aux médias appropriés pour la publicité et la promotion de services du CDV anti-VIH en vue d'en accroître la demande

Services du CDV

- Évaluation de la disponibilité, la qualité et la fréquentation des services du CDV anti-VIH, quand il en existe
- Conception, mise en œuvre, et amélioration des services du CDV anti-VIH de haute qualité
- Formation de conseillers d'orientation pour la réduction du risque ainsi qu'en techniques de soutien psychologique
- Formation de personnel de laboratoire d'analyses
- Offre de soutien pour l'assurance de la qualité (ex. : le contrôle de la qualité pour le test de détection anti-VIH, la supervision et le contrôle de la qualité pour l'orientation en VIH)
- Conception d'un annuaire des services de soins et soutien pour faciliter la référence
- Établissement de liens entre les services du CDV anti-VIH et d'autres services de soins et soutien quand cela est possible

Recherche et évaluation

- Offre d'une assistance technique permanente pour améliorer la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation des services du CDV anti-VIH
- Appui au développement d'un certain nombre de sites du CDV anti-VIH comme centres de formation dont l'on s'inspirera pour étendre les services du CDV anti-VIH au plan national
- Financement de la collecte et de la diffusion des leçons apprises

V. ACTIVITES TYPE

Les exemples suivants sont des réalisations de FHI au plan du CDV :

Afrique de l'Ouest (Côte d'Ivoire, Cameroun, Togo, Burkina Faso) : Evaluation de base des services du CDV anti-VIH dans chaque pays et conception de manuels de formation pour les lers, formation des lers, renforcement des capacités techniques et organisationnelles des organisations locales pour la prestation du CDV anti-VIH, appui et consolidation de systèmes et ressources de référence, et aide à l'élaboration de directives nationales.

Kenya : Soutenant les actions du gouvernement du Kenya en matière du CDV anti-VIH, FHI est en train de mettre sur pied un certain nombre de centres du CDV anti-VIH dans tout le pays (prévision de vingt-huit sites du CDV devant accueillir 28.200 nouveaux clients d'ici la fin de l'année 2000), en axant ses efforts sur les zones géographiques prioritaires d'IMPACT afin de promouvoir les liens et la référence avec les autres activités permanentes de soutien, de prévention et de soins pour le VIH. Les sites du CDV sont censés s'adresser en priorité aux jeunes âgés de 18 à 24 ans et aux jeunes adultes des deux sexes sexuellement actifs et offriront des services de et de détection dispensés le même jour. FHI envisage la mise en place de clubs post-test de détection comme partie intégrante des activités du CDV et fera la promotion des services du CDV comme élément de la séquence de la stratégie de prévention et de soins en s'appuyant à la fois sur les médias et sur la communication interpersonnelle.

Par ailleurs, en collaboration avec d'autres partenaires, FHI a contribué à l'élaboration de directives nationales sur l'orientation, la formation et la détection. FHI prévoit également de soutenir la formation de personnel approprié pour la prestation du CDV anti-VIH.

Zimbabwe : Comme sous-traitant des activités du CDV anti-VIH de AIDSMARK au Zimbabwe, FHI a participé à l'évaluation de base des services du CDV (disponibilité, qualité du , services de laboratoire, algorithmes de détection, et politiques), à la conception de manuels de formation en , à l'assistance technique fournie au PLNS et à AIDSMARK pour la mise sur pied des services du CDV anti-VIH, en matière d'assurance qualité, de suivi et d'évaluation des services du CDV.

Rwanda : En collaboration avec le PNLN du Rwanda, FHI s'inscrit en première ligne pour le financement de l'appui à la décentralisation des services du CDV, en priorité vers les hôpitaux et les centres de santé dans tout le pays. Le soutien de FHI/IMPACT a porté sur la formation en et en tests de détection rapides, la rénovation des sites, la fourniture d'équipements, de matériel et de mobilier médical et l'introduction d'un système d'archivage assisté par ordinateur. En 2000, FHI/IMPACT a financé l'installation de trois sites du CDV en dehors de Kigali, dans les hôpitaux de district de Kabgayi, Ruli et Rwamagana. Les services de ces sites sont uniques au Rwanda en ce qu'ils offrent dans chaque cas des services de à plein temps et la

possibilité de pratiquer des tests de détection rapides et anonymes. Avant l'intervention d'IMPACT, les données du CDV étaient conservées sous le nom du client et les prélèvements sanguins pour le test de détection anti-VIH étaient envoyés au laboratoire national des infections rétrovirales (National Laboratory of Retrovirus Infections), ce qui impliquait une attente de deux semaines à trois mois avant d'obtenir les résultats et le manque de suivi de nombreux clients. Depuis que FHI a commencé à financer les sites régionaux, le nombre de personnes bénéficiaires du CDV a grimpé de 25 %. Fait encore plus important, le pourcentage de clients qui reçoivent actuellement leurs résultats s'est considérablement accru, passant de 58 % dans un des sites à une fourchette de 89 à 96 % actuellement dans les trois sites. En 2001, FHI/IMPACT financera l'installation d'au moins 17 sites supplémentaires du CDV.

VI. RECHERCHE LIÉE AUX INTERVENTIONS

De nombreuses questions opérationnelles demeurent sans réponse par rapport à la mise en oeuvre du CDV anti-VIH dans les pays aux ressources financières limitées. FHI s'efforce de mener une recherche bien conçue sur les interventions dans le but d'améliorer la conception et la mise en oeuvre des services du CDV anti-VIH, ce qui constitue une des activités de soutien de FHI du CDV anti-VIH.

Voici des exemples de questions qui se posent lors de la recherche liée aux interventions :

- Quel est l'incidence des groupes de soutien sur la durabilité du changement de comportement réalisé dans le cadre du CDV anti-VIH bénévole ?
- Quel est l'incidence communautaire du CDV de VIH bénévole ?
- Comment CDV anti- VIH peut être intégré de manière efficace et financièrement accessible dans les services d'IST, de planification familiale, de PTME ?
- Existe-t-il des modèles de prestation du CDV anti-VIH moins coûteux que d'autres ?
- Quelle est la valeur ajoutée de détection parallèle anti-VIH par rapport aux tests de détection sériels recommandés par l'OMS ?

VII. SUIVI ET EVALUATION

Le suivi et l'évaluation constituent un volet essentiel pour une mise en oeuvre réussie des services CDV anti-VIH. Une bonne conception et une bonne exécution du suivi et de l'évaluation du CDV anti-VIH permettront d'identifier et de corriger à tout moment les problèmes potentiels et d'obtenir un feedback pendant les différentes étapes de planification, conception, et de mise en oeuvre des programmes du CDV anti-VIH.

Les activités de suivi et d'évaluation devraient porter sur deux domaines d'intérêt pour les prestataires de services et les décideurs :

- La prestation de services : dans quelle mesure le conseil et dépistage volontaire sont bien assurés, et
- L'efficacité des programmes : les résultats intermédiaires et l'incidence à long terme que CDV peuvent avoir sur les populations bénéficiaires des services.

Voici des exemples d'indicateurs :

Les indicateurs du processus du programme : la prestation de service/les résultats initiaux du programme

- Proportion de personnes dans la communauté ayant entendu parler des services du CDV anti-VIH
- Nombre de personnes ayant bénéficié des services sur le site du CDV anti-VIH (par mois, par an)
- Proportion de personnes orientées et testées qui sont revenues pour retirer prendre le résultat de leur test de détection
- Proportion de personnes révélées séropositives qui ont été référées auprès de services de soins et d'appui appropriés
- Proportion de personnes orientées et testées qui disent avoir l'intention d'informer leurs partenaires
- Proportion de personnes orientées et testées qui ont informé leurs partenaires (avis aux partenaires)

Indicateurs d'efficacité : résultats intermédiaires du programme

- Changements de comportement liés au risque des IST/VIH parmi les clients du CDV anti-VIH et leurs partenaires
- Changements de comportement parmi les personnes qui disent connaître leur statut sérologique (collecte par BSS par exemple)
- Changements de tendances des IST dans les sous-groupes touchés par le programme du CDV anti-VIH
- Réduction de la stigmatisation et de la discrimination envers les membres de la communauté affectés par le VIH/sida
- Soutien communautaire accru pour les personnes vivant avec le VIH/sida

Indicateurs d'efficacité : incidence attendu du programme (effets à long terme)

- Modification des tendances de séoprévalence dans les sous-groupes desservis par les programmes du CDV anti-VIH
- Transmission mère-enfant de la séropositivité réduite chez les femmes en âge de procréer ciblées par les programmes du CDV anti-VIH
- Changements durables des normes sociales des communautés touchées par les programmes du CDV anti-VIH

VIII. LIENS ET PARTENARIATS

FHI est conscient de l'importance des liens entre CDV anti-VIH et ses autres activités de prévention et de soins. CDV anti-VIH constitue un volet important de nos activités de prévention pour la réduction du risque et sert de point d'accès pour nos activités de soins telles que la prophylaxie et le traitement de la tuberculose, les soins médicaux, la prévention de la transmission mère-enfant, la mise en place de réseaux de soutien, etc. Au Kenya par exemple, CDV anti-VIH sert de point d'accès aux activités de traitement et de prophylaxie de la tuberculose. Notre expertise en matière du CDV anti-VIH sert également à soutenir des activités permanentes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH au Kenya et au Rwanda. En outre, FHI

s'efforce de collaborer avec les ONG, les organisations communautaires, et les autres organisations nationales et internationales engagées dans des activités du CDV anti-VIH. C'est dans ce cadre que nous avons collaboré à la conduite d'une étude randomisée, multicentrique sur l'efficacité du CDV anti-VIH, avec l'Organisation mondiale de la Santé, le programme des Nations Unies sur le sida, le Centre des études de prévention sur le sida (The Center for AIDS Prevention Studies), l'association des professionnels du Kenya (The Kenya Association of Professional Counselors), la Muhimbili University College of Health Sciences (Tanzanie), et le Queens Park Counseling Center (Trinidad). Nous collaborons actuellement avec PSI/AIDSMARK au Zimbabwe et les centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC) au Kenya et en Côte d'Ivoire.

IX. OUVRAGES RECOMMANDÉS

1. Kamenga M, Ryder R, Jingu M, et al. Evidence of marked sexual behavior change associated with low HIV-1 seroconversion in 149 married couples with discordant HIV-1 serostatus: experience at an HIV counseling center in Zaire. *AIDS* 1991;5:61-67.
2. Allen S, Tice J, Van de Perre P, et al. Effect of serotesting with counseling on condom use and seroconversion among HIV discordant couples in Africa. *British Medical Journal* 1992;304(6842):1605-1609
3. De Zoysa I, Philips KA, Kamenga MC, et al. Role of counseling and testing in changing risk behavior in developing countries. *AIDS* 1995;9(Suppl A):S95-S101.
4. Campbell CH Jr, Marum EM, Alwano-Edyegu MG, et al. The role of HIV counseling and testing in the developing world. *AIDS Educ Prev* 1997;9(3Suppl):92-104.
5. The Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group. Efficacy of voluntary HIV-1 counseling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: a randomized trial. *Lancet* 2000;356:103-112
6. Sweat M; Gregorich S; Sangiwa G; Furlonge C; Balmer D; Kamenga C; Grinstead O; Coates. Cost-effectiveness of voluntary HIV-1 counseling and testing in reducing sexual transmission of HIV-1 in Kenya and Tanzania. *Lancet* 2000 Jul 8;356(9224):113-21.
7. OMS/GPA/TCO/HCS/95.15. Counseling for HIV/AIDS: a key to caring. Organisation mondiale de la santé, 1995
8. Higgins, DL, Galavotti, G, O'Reilly KR, et al. Evidence for effects of HIV antibody counseling and testing on risk behaviors. *JAMA* 1991;266:2419-2429.
9. Coyle S, Boruch R, Turner C, eds. *Evaluating AIDS Prevention Programs*. Washington, D.C. : National Academy Press, 1991, pp. 102-123.
10. Programme commun des Nations Unies sur le SIDA et Organisation mondiale de la santé. Revised recommendations for the selection and use of HIV antibody tests. *Weekly Epidemiol Record* 1997;12:81-87.
11. ONUSIDA. Tools for evaluating HIV voluntary counseling and testing. Collection Meilleures pratiques. 2000.
12. Organisation mondiale de la santé. Voluntary Counseling and Testing for HIV Infection in Antenatal Care: *Practical considerations for implementation*. 1999.

ANNEXE 1.
Protocole de Tests de Détection Rapides
Parallèles et Sériels Anti-VIH

Définitions:

Tests de détection parallèles : Deux tests de détection différents sont utilisés pour chaque client. Si les deux résultats des tests de détection initiaux concordent (soit séropositifs soit séronégatifs), le résultat est communiqué au client. Si les résultats initiaux sont discordants, un troisième test de détection servira à départager les deux tests de détection (tiebreak).

Tests de détection sériels : Un test de détection de détection est d'abord utilisé pour chaque client, suivi d'un autre test de détection pour tous les échantillons qui se sont d'abord révélés séropositifs. En cas de discordance des résultats entre le premier et le second test de détection, un troisième test de détection servira à départager les deux tests de détection (tiebreak).

Les pour et les contre de chaque démarche :

	Pour	Contre
tests de détection parallèles	<ul style="list-style-type: none"> • Un temps d'attente moins long permet de raccourcir le temps pris sur le travail, de réduire les coûts et d'atténuer l'angoisse de l'attente des résultats au niveau du client • Le fait de n'avoir qu'un seul prélèvement capillaire (au bout du doigt) réduit la potentialité de stigmatisation • La perception selon le client que deux tests de détection valent mieux qu'un, la réduction du temps passé à chercher ailleurs, et l'obtention de la confiance du public • Les prélèvements de sang effectués au bout du doigt conviennent bien aux conditions de terrain (ex. : les services ambulatoires, les zones reculées, les cabinets de médecins, etc.) <p><i>Remarque: les trois derniers points peuvent s'appliquer aux tests de détection sériels, selon le mode d'organisation du service</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • De nombreuses études signalent que les tests de détection parallèles n'apportent pas de gain significatif en matière de précision par rapport aux tests de détection sériels : <ol style="list-style-type: none"> 1. Wilkinson et al. <i>AIDS</i> 1997,11:337-381 2. Anderson et al. <i>AIDS</i> 1997; 11; 1815-1822 • Plus coûteux que le test de détection sériels (peut coûter 50 % plus cher, selon la séroprévalence comme illustré ci-dessous) • La prise de sang sur le doigt rend le contrôle de la qualité difficile à organiser. Peut nécessiter une autre prise de sang de certains clients pour un contrôle de la qualité.

	Pour	Contre
tests de détection sériels	<ul style="list-style-type: none"> • Protocole actuellement recommandé par l’OMS (<i>Weekly Epidemiological Record</i> #12, Mar 1997) et les CDC (Mar 27, 1998 <i>Morbidity and Mortality Weekly Report</i>) • De nombreuses études ont démontré que la détection sérielle utilisant les tests de détection rapides donnent des résultats de test de détection plus précis (valeur prédictive). les résultats sont équivalents et dans certains cas meilleurs que l’algorithme standard de EIA suivi par le Western blot. • Un prélèvement de sang par intraveineuse permet d’avoir plusieurs échantillons en réserve pouvant servir au contrôle de l’assurance qualité et également à éviter d’avoir à rappeler le patient pour un second test de détection. • Coût plus faible, chances accrues de durabilité, libération de fonds pour le financement d’autres interventions ou pour une couverture plus large du CDV. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité d’attentes plus longue pour les clients dont la première test de détection est positive. <u>Mais</u> cette attente peut être écourtée grâce à une gestion appropriée de la circulation des clients. En outre, ce laps de temps peut être utilisé pour fournir des informations sur la santé et pour atténuer l’anxiété du client ; des vidéos ou d’autres distractions peuvent être fournies. • Potentialité de stigmatisation des clients qui se révèlent séropositifs. <u>Mais</u>, ceci peut être réglé en organisant la circulation des patients de sorte à tous les traiter de la même manière (même temps d’attente, un seul prélèvement par intraveineuse) • Peut nécessiter un tube de prélèvement EDTA, ce qui augmentera les coûts. <u>Mais</u>, le coût de 7 cents US pour un tube EDTA est inférieur au coût d’un autre test de détection. <p style="text-align: center;"><i>Les anciennes recommandations se fondaient sur des tests de détection effectués sur le sérum et le plasma et non sur des tests de détection portant sur du sang entier. Mais, ce protocole peut être facilement évalué dans n’importe quel pays.</i></p>

Exemple de coûts comparatifs des deux démarches

Le coût de la détection du VIH varie sensiblement selon la séroprévalence de la population cible et le pourcentage de concordance des tests de détection utilisés comme illustré par les 3 scénarios ci-dessous :

Scénario I

Hypothèse : Taux de séroprévalence de 30% pour une population de 28,000 personnes

Scénario Ia : Pourcentage de concordance de 99% des tests de détection parallèles et sériels

	Coût d'un test de détection en dollars US	tests de détection parallèles (1% discordance)		tests de détection sériels (1% discordance)		Pourcentage de la différence de coût
		Nombre de tests de détection	Coût Total	Nombre de tests de détection	Coût Total	
Test de détection A	1.5	28 000	42 000	28 000	42 000	
Test de détection B	2.2	28 000	61 600	8 400	18 480	
Test de détection C	2.2	280	616	84	185	
Coût Total			104 216		60 665	41,8%

Scénario Ib : Pourcentage de concordance de 99% pour les tests de détection parallèles et de 90% pour les tests de détection sériels

	Coût d'un test de détection en dollars US	tests de détection parallèles (1% discordance)		tests de détection sériels (10% discordance)		Pourcentage de la différence de coût
		Nombre de tests de détection	Coût Total	Nombre de tests de détection	Coût Total	
Test de détection A	1.5	28 000	42 000	28 000	42 000	
Test de détection B	2.2	28 000	61 600	8 400	18 480	
Test de détection C	2.2	280	616	840	1 848	
Coût Total			104 216		62 665	39,9%

Scénario II

Hypothèse : Taux de séroprévalence de 20% pour une population de 28000 personnes

Scénario IIa: Pourcentage de concordance de 99% pour des tests de détection parallèles et sériels

	Coût d'un test de détection en dollars US	tests de détection parallèles (1% discordance)		tests de détection sériels (1% discordance)		Pourcentage de la différence de coût
		Nombre de tests de détection	Coût Total	Nombre de tests de détection	Coût Total	
Test de détection A	1.5	28 000	42 000	28 000	42 000	
Test de détection B	2.2	28 000	61 600	5 600	12 320	
Test de détection C	2.2	280	616	56	124	
Coût Total			104 216		54 444	47,8%

Scénario IIb: Pourcentage de concordance de 99% pour les tests de détection parallèles et de 90% pour les tests de détection sériels

	Coût d'un test de détection en dollars US	tests de détection parallèles (1% discordance)		tests de détection sériels (10% discordance)		Pourcentage de la différence de coût
		Nombre de tests de détection	Coût Total	Nombre de tests de détection	Coût Total	
Test de détection A	1.5	28 000	42 000	28 000	42 000	
Test de détection B	2.2	28 000	61 600	5 600	12 320	
Test de détection C	2.2	280	616	560	1 232	
Coût Total			104 216		55 552	46,7%

Scénario III

Hypothèse : Taux de séroprévalence de 20% pour une population de 28,000 personnes

Scénario IIIa: Pourcentage de concordance de 99% pour des tests de détection parallèles et sériels

	Coût d'un test de détection en dollars US	tests de détection parallèles (1% discordance)		tests de détection sériels (1% discordance)		Pourcentage de la différence de coût
		Nombre de tests de détection	Coût Total	Nombre de tests de détection	Coût Total	
Test de détection A	1.5	28 000	42 000	28 000	42 000	
Test de détection B	2.2	28 000	61 600	2 800	6 160	
Test de détection C	2.2	280	616	28	62	
Coût Total			104 216		48 222	53,7%

Scénario IIIb: Pourcentage de concordance de 99% pour les tests de détection parallèles et de 90% pour les tests de détection sériels

	Coût d'un test de détection en dollars US	tests de détection parallèles (1% discordance)		tests de détection sériels (10% discordance)		Pourcentage de la différence de coût
		Nombre de tests de détection	Coût Total	Nombre de tests de détection	Coût Total	
Test de détection A	1.5	28 000	42 000	28 000	42 000	
Test de détection B	2.2	28 000	61 600	2 800	6 160	
Test de détection C	2.2	280	616	280	616	
Coût Total			104 216		48 776	52,7%

Note: Sur la base des scénarios, le coût d'une infection à VIH identifiée varie entre \$7.20 et \$17.40 pour des tests de détection sériels contre un coût de **12.4 \$ à 37.2 \$** pour des tests de détection parallèles.



© June 2001 • Family Health International • AIDS Institute
2101 Wilson Boulevard • Suite 700 • Arlington, Virginia 22201 • U.S.A.
Telephone: 703.516.9779 • Facsimile: 703.516-9781 • Internet: www.fhi.org